

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

758

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard, Guy, Xavier de la CHAPELLE

Né le 29 Juillet 1934, à SAVIGNY-sur-ORGE (S.-&-O.)

présentée et soutenue publiquement le

CLINIQUE ET TRAITEMENT
DES COMPLICATIONS
DES ULCERES DE JAMBE

Président : Monsieur FEVRE (Professeur)

D. P. TAIB

8. Rue Casimir Delavigne

PARIS - VI*

1961



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1961

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Bernard, Guy, Xavier de la CHAPELLE

Né le 29 juillet 1934

à Savigny-sur-Orge (S. et O.)

-:-

Présentée et soutenue publiquement

le

-:-

CLINIQUE ET TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

DÈS ULCÈRES DE JAMBE

-:-

Président : Monsieur FEVRE (Professeur)

-:-

D.P. TAIB

8, rue Casimir-Delavigne

PARIS

1961.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
(Hôtel-Dieu	PATEL
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovascu- laire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

Gérontologie	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin	BROUET
(Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais	SOULIE (P)
(Pitié	DREYFUS (G)
(St-Antoine	KOURILSKY (R)
(Boucicaut	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutri- tion (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
(Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal	VARANGOT
obstétricales (Foch	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités..... (ch. à t. pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).....	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (P)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie.....	GALLIARD (H)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée.....	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale.....	MILLIEZ
Pathologie et thép. générales.....	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J)
Physiologie.....	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.).....	PARROT
Physique médicale.....	DOGNON (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale.....	LEGER
Thérapeutique.....	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES
MM.

	(CABROL (C)
Anatomie.....	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
	(Melle P) pr. s. ch.
Anatomie pathologique.....	(BUSSER (F)
	(GUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie.....	VOURC'H (G)
	(NEVOT (A) pr. s. ch.
Bactériologie.....	(BARBIER (P)
	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P) pr. s. ch.
Biochimie médicale.....	(POLONOVSKI (J) m. conf.
	(SCHAPIRA (G) pr.t.p.
	(DENOIX (P)
Carcinologie.....	(MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie.....	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie.....	LEDoux-LEBARD (G)
Embryologie.....	TUCHMAN-DUPLESSIS (H)

MM.

Hématologie.....	(BILSKI-PASQUIER (G) (DAUSSET (J) (COUJARD (R) pr.s.ch. (MAROIS (M) (RACADOT (J) (CORNET (A) (BOYER (J) pr.s.ch. (CORRE-HURST (Mme L) (BASTIN (R) (DUPONT (V) (DEROBERT (L) pr.s.ch. (HADENGUE (A) (FOURNIER (E) (GUENIOT (M) (ALBAHARY (C) (LHERMITTE (F) (GRANJON (A) (HERVET (E) (LE LORIER (G) (MORIN (P) (MUSSET (R) (ROBEY (M) (THOYER-ROZAT (J) (BREGEAT (P) (SARAUX (H) (JUDET (R) (RAMADIER (J) (DEBAIN (J) (BRUMPT (L.C) pr.s.ch. (CHABAUD (A) (BARCAT (J) (BINET (J.P.) (CAUCHOIX (J) (CHATELIN (G.L) (DUBOST (Ch) (DUBOST (Cl) (FAUREL (J) (FLABEAU (F) (GERMAIN (A) (LOYGUE (J) (MERCADIER (PERROTIN (J) (ROBERT (H) (THOMERET (G) (SCHNEIDER (J)
Histologie.....	
Hydrologie.....	
Hygiène.....	
Maladies infectieuses.....	
Médecine légale.....	
Médecine du travail.....	
Neurologie.....	
Obstétrique.....	
Ophtalmologie.....	
Orthopédie.....	
Oto-rhino-laryngologie.....	
Parasitologie.....	
Pathologie chirurgicale.....	
Pathologie exotique.....	

	MM.
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
Pathologie expérimentale	(PLAS (F)
	(RICHET (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CASTAIGNE (P) m.conf.
	(CATINAT (J)
Pathologie médicale	(CONTAMIN (F)
	(COURY (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT (H) m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
	(MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Melle J) pr.s.ch.
Pharmacologie	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
Physiologie	(DEJOURS (P)
Physique médicale	(GOUGEROT (L) m.conf.
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B)
Psychiatrie	(FICHOT (P)
Psychiatrie infantile	(DUCHE (D)
Rhumatologie	(DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A) m.c.agr.
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M)
Urologie	(QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)	Clinique	(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)	obstétricale	(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)		(RAVINA (J)
	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESVIGNES (P)
	(PADOVANI (P)	ophtalmol.	(OFFRET (G)
Clinique médicale	(POILLEUX (F)	Clinique oto-}	(MADURO (R)
	(ROUX (M)	rhino-laryng.}	
	(VERNE (J.M)	Clinique pé- }	(LAPLANE (R)
	(HAGUENEAU (J)	diatrique et }	
	pr.s.ch.	puériculture }	
	(DOMART (A)	Clinique }	(BARUK (H)
	(PERRAULT (M)	psychiatrique }	
	(RAMBERT (P)	Clinique }	(KUSS (R)
	(THIEFFRY (S)	urologique }	

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr. à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G) Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

En remerciement des sacrifices qu'ils ont fait pour moi et du souci qu'ils ont eu de me montrer le droit chemin.

A ma Soeur,

Qui m'a aidé beaucoup.

A mon Beau-Frère,

le Docteur SKUBLY,

A mon Frère et à ma Belle-Soeur,

Ma tendre affection..

A Monsieur le Professeur M. FEVRE

Professeur de Clinique Chirurgicale
infantile et d'Orthopédie à la
Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de notre thèse.

Avec nos sentiments de
déférente gratitude.

A tous nos Maîtres

de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris,

Hommage respectueux.

A Messieurs les Membres de mon
Jury de Thèse.

CLINIQUE ET TRAITEMENT
DES COMPLICATIONS DES ULCERES DE JAMBE

-:-

CLINIQUE ET TRAITEMENT
DES COMPLICATIONS DES ULCERES DE JAMBE

-:-

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

-:-

L'aspect de l'ulcère de jambe est très différent de l'aspect d'une lésion traumatique. Un grand nombre de biopsies ont été faites au centre de dermatologie d'Argenteuil et ont permis d'observer un certain nombre de faits. L'épiderme de bordure de la plaie contient une quantité considérable de glycogène ce qui est absolument anormal. Il n'y a pas de mitoses de régénération donc aucune tendance à la reprise des tissus. Le fond de la plaie est fait d'un tissu de granulations, elles aussi très riches en glycogène. Au dessous on trouve un tissu très facilement coloré par la coloration au APS spécifiquement réservé au collagène. Enfin, on trouve une extraordinaire quantité de mastzellen contenant des granulations orthochromatiques ou métachromatiques. Il semble que ce soit ces derniers éléments qui empêchent une cicatrisation normale et qui s'opposent à la régénération.

o

CLINIQUE

-:-

Avant d'aborder les complications, rappelons brièvement l'aspect de l'ulcère, des téguments qui l'entourent et de la jambe ulcéreuse.

L'ulcère proprement dit se caractérise par une érosion qui apparaît sur une zone où la vascularisation est mauvaise, et qui se creuse assez rapidement pour donner au bout d'un temps relativement court,

l'aspect d'une perte de substance assez profonde. Le siège est souvent au tiers médial interne ou de la face interne de la jambe le plus souvent en raison de la stase veineuse qui a lieu à ce niveau avec une minime vascularisation. De plus il n'y a pas de muscles sous-jacents. Les contours sont arrondis ou ovalaires. Le fond de l'ulcère est souvent couenneux, couvert d'un enduit jaunâtre, suintant, sphacélique couvert de tissus nécrosés enfin quelquefois le fond est propre, rouge, saignant facilement indiquant une évolution vers la guérison. Nous verrons plus loin les ulcères infectés.

Les téguments qui l'entourent sont souvent le siège de lésions cutanées qui compliquent l'ulcère. Ce sont des dermo-épidermites, des eczémas soit infectieux, soit médicamenteux, des capillarites ectasiantes, nécrosantes ou angiodermes et des lésions scléro-atrophiques.

Enfin, le membre ulcéreux dans son ensemble mérite un examen attentif, à la recherche de lésions osseuses, de varices ou de lésions artérielles, etc...

Arrivons-en maintenant à l'étude des complications en particulier. Les complications sont d'une très grande fréquence, surtout les complications cutanées et de l'hypoderme.

LES DERMITES

Les dermites à type d'eczéma compliquent souvent l'ulcère. Ce sont des dermo-épidermites infectieuses le plus souvent. Elles sont dues à des germes banaux qui agissent sur un terrain sensibilisé. Leur aspect est le suivant : c'est un érythème oedématisé, couvert de squames prurigineuses douloureuses parfois, d'aspect sec, avec un oedème sous-jacent qui engendre en suintant entraînant une propagation de l'infection. GOUGEROT a montré qu'il s'agissait de lésions infectieuses, mais les lésions ont une caractère rebelle qui fait évoquer l'idée d'un terrain prédisposé.

L'eczéma médicamenteux

Souvent dû aux poudres, pommades et solutions utilisées pour le traitement. On incrimine en particulier les traitements locaux à base de sulfamides, d'antibiotiques. Quelquefois, ces malades dont la peau est particulièrement fragile ne supportent même pas les antiseptiques et les colorants. L'eczéma tend à s'étendre et envahit toute la jambe et le pied. Si l'on continue l'application de substances irritantes, on est conduit à de grosses difficultés thérapeutiques alors que l'interruption donne l'espoir d'une guérison.

Les capillarites

Ce sont des lésions extrêmement fréquentes (70 pour 100). L'évolution de la capillarite est aiguë ou chronique. Les lésions passent par différents stades, dilatation endo-

ou péricapillarite, thrombose par dégénérescence hyaline. On observe cliniquement plusieurs aspects.

a) Dermite purpurique et pigmentée de Faure et Chaix

Ce sont de petites taches brunâtres ou bleuâtres qui s'étendent et convergent donnant un aspect purpurique. L'ensemble se recouvre de squames fines et sèches. L'évolution dure des mois et aboutit à la dermite ocre.

b) Dermite lichénoïde purpurique et pigmentée.

Sur le fond ocre apparaissent des papules arrondies purpuriques. Comme dans la variété précédente il se constitue des squames prurigineuses qui évoluent pendant des années.

c) Les thromboses

Au niveau des ongles de dermites du type précédent apparaissent de petits points bleuâtres ou piquetés sur le pied. A ces endroits se constituent des foyers de nécrose qui s'ulcèrent. Ce sont des ulcères particulièrement tenaces et douloureux.

d) L'atrophie blanche de Milian

Fait partie des capillarites atrophiantes et sclérosantes. Elle est constituée par une tâche blanchâtre lisse et déprimée, cernée d'une zone pigmentée ocre.

TRAITEMENT

Dans les dermites il faut donner des antibiotiques par voie générale. De plus il est nécessaire de donner des traitements locaux par des colorants (solution violette de Millian). Il est également nécessaire de prescrire des réducteurs comme l'ichtyol et des solutions d'éosine à 1 ou 2 pour 100. Dans tous les cas il ne faut pas prescrire de cortisone par voie générale car elle retarde la guérison de l'ulcère, par contre, on peut en cas d'eczéma péri-ulcéreux prescrire de la cortisone en applications locales. Dans les capillarites il faut prescrire du repos et un traitement visant à corriger l'hypertension veineuse soit les injections sclérosantes lorsque la valvule ostiale est continente, soit l'intervention chirurgicale dont il existe plusieurs types : le stripping est la plus utilisée ou encore la crosséctomie suivie d'une injection sclérosante de sérum glucosé. Les autres thérapeutiques ne peuvent servir que d'appoint et manquent d'efficacité : ce sont : Vitamine P, Vitamine C, intrait de marron d'Inde, etc...

LES LÉSIONS DE L'HYPODERME

Ce sont souvent des lésions microbiennes infectieuses par propagation.

a) Hypodermite aiguë

Elle est péri-ulcéreuse. Son aspect est celui d'une inflammation oedémateuse, rouge, luisante, extrêmement douloureuse. L'extension se fait souvent à toute la jambe entraînant une impotence plus ou moins complète. Il s'agit alors d'une hypodermite diffuse qui s'accompagne d'adénopathies poplitées et inguinales douloureuses. Il s'agit de phénomènes uniquement infectieux.

b) L'hypodermite chronique se caractérise, elle, non par des aspects infectieux, mais par des lésions vasculaires. Celles-ci siègent dans le derme et l'hypoderme, il s'agit au début de phénomènes de dilatation, de turgescence, puis les parois des vaisseaux très épaissies et il se forme une thrombose. Il se constitue alors en superficie des zones indurées, douloureuses spontanément mais surtout à la pression. Ceci se voit chez des malades ayant des varices depuis de nombreuses années, et chez les malades qui étaient auparavant porteurs de phlébites. Au début, l'épiderme et le derme sont normaux puis il se produit au niveau de l'hypoderme des migrations leucocytaires. L'épiderme devient plus épais et subit par la suite une atrophie. Quant au derme, il contient un tissu conjonctif très pauvre. L'ulcère précède souvent l'aspect que nous venons de décrire, mais peut

aussi lui succéder et l'on observe les lésions précédentes bien avant de voir l'ulcère mais toujours sur une jambe variqueuse. L'hypodermite évolue lentement en s'étendant de façon excentrique et pouvant envahir toute une face de la jambe, généralement la face interne. L'ulcère est particulièrement atone, couvert d'un enduit jaunâtre.

Ultérieurement on passe au stade scléro-atrophique. Au niveau de la jambe s'observe une zone rouge, dure avec une tendance à la rétraction tissulaire. Il existe des oedèmes au niveau de la partie inférieure de la jambe et du pied. Parfois, au niveau de la jambe sous-jacente à l'anneau de striction on observe une plaque jaunâtre, noire, rétractée adhérente au plan profond, quelquefois à l'os. Il n'y a pas d'oedème, ceci se voit lorsque les lésions de sclérose sont en premier plan du tableau clinique.

Le traitement des hypodermites est variable, selon le type. Lorsqu'il s'agit de lésions infectieuses il faut instituer un traitement précoce, prolongé et continu, d'antibiotiques qui permettent d'espérer la guérison de ces lésions extensives. Dans les hypodermites quel qu'en soit le type mais où prédominent les phénomènes vasculaires, il faut donner de la phénylbutazone qui fait régresser l'inflammation. Celle-ci s'utilise par voie intramusculaire ou en suppositoires. L'application de pommade à la phénylbutazone semble peu indiquée car souvent mal supportée par ces peaux fragiles. Quant aux séquelles elles nécessitent souvent une cure dans une station de traitement vasculaire à Aix-en-Provence, La Léchère ou Bagnoles de l'Orne.

- III -

LES THROMBOSES

a) Elles affectent presque toujours les veines superficielles. On note au niveau d'une région qui devient rouge, chaude et douloureuse sur le trajet d'une varice, un noyau volumineux, très dur et exquisement douloureux. La palpation montre la présence de la thrombose. L'ensemble dure quelques semaines. Rarement se produit une nécrose. Il s'associe souvent à cela une périveinite nodulaire aiguë : c'est un nodule diffus, rouge, chaud, mal limité, siégeant sur le trajet d'une varice. La peau à son niveau est chaude, un peu oedématiée. Il peut y avoir des éléments situés les uns au-dessus des autres sur le trajet d'une varice. L'évolution est prolongée et tend à devenir chronique. Bien traitée la périphlébite régresse bien mais la récurrence est fréquente au même niveau ou à des niveaux étagés, parfois, elle atteint simultanément plusieurs étages de sorte que l'ensemble de la jambe est rouge douloureux et il existe une impotence fonctionnelle très importante et quasi constante. Enfin parfois, on note des périveinites dites en coulée ; on les observe dans les lésions de la jambe avec varices compliquées de thromboses superficielles ou profondes. La partie inférieure de la jambe est couverte d'un placard rouge, oedématié, dont les tissus adhèrent au plan profond et tout autour on note une zone indurée.

L'évolution est lente et chronique avec des poussées où les phénomènes inflammatoires s'exagèrent.

b) Les thromboses des veines profondes sont rares mais leur traitement lorsqu'elles se produisent doit être fait très rapidement. Il doit consister d'abord en un traitement par l'héparine en intra-veineuses pendant 48 heures puis par le dicoumarol qui doit être administré dès le début du traitement mais n'agit que dans un deuxième temps. Il faut naturellement se baser sur la crase sanguine et laisser le malade à des doses suffisantes pour assurer une hypocoagulabilité. Quant au traitement des veines superficielles il semble que le plus efficace soit la phénylbutazone qui agit de différentes façons. Au niveau de la thrombose, l'action majeure est la diminution des phénomènes inflammatoires et oedémateux. De plus il y a une inhibition de la perméabilité des parois veineuses. Par ailleurs l'action antalgique de la phénylbutazone est particulièrement intéressante. En quelques jours les phénomènes inflammatoires cèdent à condition d'utiliser des doses suffisantes de 200 à 350 mg par jour, par voie intra-musculaire ou par voie rectale. C'est actuellement la plus utilisée des thérapeutiques.

Certains auteurs utilisent également les traitements anticoagulants par voie orale (dicoumarol) mais ceux-ci n'agissent qu'aux tous premiers stades. Lorsque la thrombose est constituée, ils n'ont plus aucune efficacité. Enfin, dans quelques cas ces thérapeutiques sont insuffisantes et il est nécessaire d'avoir recours à un traitement chirurgical en raison de l'extension de la thrombose. Là encore divers traitements ont été proposés et il semble que le plus efficace soit l'ablation du caillot. Dès l'ablation, la douleur cesse. Enfin,

parfois, lorsque la thrombose s'étend notablement il est nécessaire d'avoir recours à la ligature chirurgicale de la crosse de la saphène, mais on est rarement obligé d'en arriver là.

o

- IV -

L'ELEPHANTIASIS

C'est une lésion assez fréquente qui survient chez des malades porteurs d'ulcères de jambe qui ont eu des phlébites. Ce sont des oedèmes volumineux blancs, durs, prenant mal le godet ; leur aspect est très spécial car ils forment d'énormes bourrelets. Ils se compliquent ou plutôt viennent compliquer les lésions qui existaient déjà au niveau du derme ou de l'hypoderme (tous les types d'hypodermes). Jusqu'ici seul le traitement chirurgical pouvait amener une amélioration chez ces malades présentant alors une grosse impotence fonctionnelle; plusieurs techniques étaient utilisées mais elles étaient toujours précédées d'une cure d'antibiotiques par voie générale, de désinfectants locaux et le repos jambe surélevée jouaient également un rôle très important. Les techniques elles-mêmes utilisaient l'ablation des tissus lésés (méthode de Koudolén) ou plutôt le tuyautage qui détourne la voie lymphatique (Vaudermolen); ces deux méthodes peuvent donner de bons résultats, mais doivent être associées à un traitement général composé d'antibiotiques comme nous l'avons vu plus haut, de diurétiques qui aident

l'évacuation des tissus tuméfiés, d'œdème et d'un régime sans sel. Enfin, il est recommandé d'utiliser des bandes élastiques ou des bas de caoutchouc fabriqués sur mesure. Depuis peu de temps l'utilisation de thionucosé permet de grands espoirs dans la réduction de ces œdèmes éléphantiasiques gênants au point de vue fonctionnel et inesthétiques. Sur ces lésions éléphantiasiques s'installent fréquemment des éléments végétants qui s'étendent peu à peu, atteignant le pied et parfois la jambe toute entière. Ces végétations s'infectent presque toujours et donnent un aspect particulièrement caractéristique. Il y a toujours un œdème dur, douloureux, suintant un liquide louche ou franchement purulent. Le pied dégage une odeur nauséabonde et la peau est presque toujours fissurée, craquelée. La jambe dans son ensemble est atteinte par ce processus, se surinfecte, devient impotante. L'ulcère est lui-même très infecté, mais lorsqu'il cicatrise, c'est toujours par un phénomène d'atrophie cutanée. Il peut être nécessaire de décortiquer les téguments et de faire une greffe mais lorsque l'anneau de striction est très serré c'est presque toujours l'indication d'une amputation.

o

- V -

L'OSTEOPERIOSTITE

C'est une lésion quasi constante lorsque l'ulcère existe depuis de nombreuses années. Elles donnent des images radiologiques qui, tout d'abord, sont visibles dans la région de l'ulcère.

re, au niveau de sa projection radiologique, mais, qui ensuite s'étendent à toute la jambe témoignant ainsi de l'extension du processus infectieux. L'extension est particulièrement fréquente au niveau du péroné. On observe au niveau de l'os un aspect frangé un peu irrégulier sans interruption du périoste toutefois.

Plus tard, on observe des zones foncées alternant avec des zones de transparence osseuse témoignant d'une ostéoporose. La diaphyse osseuse est irrégulière, augmentée dans son volume mais beaucoup plus par endroits. Au niveau des épiphyses on observe le même genre de lésions et on peut aboutir à de véritables dystrophies au niveau des pieds : pieds plats, pieds bots, pieds creux. Il s'associe dans la genèse de ces déformations 2 types de lésions : les lésions inflammatoires et infectieuses et les troubles circulatoires qui perturbent la vascularisation des os. On ignore jusqu'ici le moyen de prévenir l'apparition de ces lésions. En tous cas, il est nécessaire d'appareiller les lésions qui résultent de son apparition dans l'évolution de l'ulcère invétéré.

o

LA CANCERISATION

Est une complication très rare mais elle a cependant été observée plusieurs fois. On remarque au niveau de l'ulcère des bourgeons

indurés, saignants. Ils peuvent apparaître au fond de la plaie ou au niveau des bords. La biopsie montre l'histologie maligne, soit à type de sarcome soit spino-cellulaire. L'évolution est toujours mortelle souvent assez rapidement, en effet, lorsque le diagnostic est fait, il existe presque toujours des métastases ganglionnaires au niveau du creux inguinal, mais il peut en exister également au niveau du foie ou du poumon.

A l'origine de ces cancérisations avaient été invoqués les traitements par des agents physiques que l'on employait très fréquemment pour traiter les ulcères invétérés. Cependant il semble que l'on puisse voir des ulcères cancérisés en l'absence de traitement physique. Au moindre doute il faut faire une biopsie. Le traitement que l'on opposera à ce cancer cutané sera, lorsque l'extension est limitée et en l'absence de métastases, l'exérèse est ensuite une greffe cutanée. Parfois ce traitement est impossible, surtout s'il existe une grande extension locale, il faut alors faire une curiepointure et sur les ganglions métastatiques un curage ou l'irradiation. Dans les cas très étendus l'amputation est seule indiquée, à un niveau variable selon la lésion de la jambe. Rappelons enfin que la plupart de ces complications surviennent chez des malades atteints de maladies ou d'infirmités d'ordre général.

Au premier rang de celles-ci se classe l'obésité. Une grande partie des ulcères de jambe s'observe chez des obèses. Chez ceux-ci les ulcères sont toujours suintants et tendent à s'infecter avec une grande facilité. C'est donc particulièrement chez eux que s'observe-

ront les dermites et hypodermites. L'ulcère n'a aucune tendance à la guérison tant que le malade n'a pas maigri. La fréquence des ulcères de jambe chez les obèses s'observe peut être en raison de la surcharge veineuse au niveau des membres inférieurs.

Chez les diabétiques le mauvais état vasculaire, en particulier capillaire et artériel, explique la grande fréquence des ulcères qui prennent une allure particulièrement grave en raison des surinfections et du peu de tendance spontanée à la guérison chez ces malades. Là encore on ne peut espérer une amélioration qu'avec un régime et un traitement insulinique bien équilibré. Cependant le pronostic est toujours grave car les troubles vasculaires préexistants compliquent l'ulcère, favorisant la nécrose et les amputations du fait de complications d'ulcère sont beaucoup plus fréquentes dans ce cas.

En présence d'oedèmes cardiaques des membres inférieurs par défaillance du coeur droit il existe un trouble de la circulation de retour, une stase et ces malades fréquemment porteurs de varices ont des ulcères qui ne guérissent qu'avec l'amélioration de leur état cardiaque.

Enfin, on a insisté récemment sur le rôle de la goutte dans les troubles veineux périphériques, qu'il s'agissent de phlébites des veines profondes ou plutôt des thromboses veineuses superficielles. DECAN a publié récemment 2 observations de localisations veineuses superficielles de la goutte. Il s'agissait de 2 malades venus en cure et gouteux

avérés. Le 1er au tout début de la cure fait une thrombose superficielle de la saphène interne, traitée uniquement par la colchicine. Le second présentait une alternance régulière de thrombo-phlébites superficielles et de crise de goutte. L'auteur précise quelques points particuliers : leur survenue au cours d'un accès de goutte ou alternent avec lui, la localisation saphène interne élective, l'importance des phénomènes variqueux avec dermite et hypodermite, enfin l'action spectaculaire de la colchicine. Il faut malgré tout penser que la fragilisation préalable de la veine est nécessaire à la production de ces thromboses, les altérations préalables favorisant le dépôts d'acide urique. La thrombo-phlébite n'est alors qu'une réaction inflammatoire de la veine au contact de ces dépôts. On doit donc penser à la goutte dans les ulcères qui se compliquent ou qui succèdent à une thrombo-phlébite chez ces sujets obèses, pléthoriques et gros mangeurs. Dans le même ordre d'idées, CRAMER, PERILSTEIN et de MEIDEROS au cours d'une étude statistique ont montré que dans un nombre important de cas de phlébites existe un taux d'acide urique élevé. Enfin, un article de PUNT, HAWLEY et MAC GEE cite le cas d'une goutte tophacée sévère décédée dans leur service qui a présenté des plaques de gangrène cutanée des membres et à l'autopsie outre une sclérose vasculaire diffuse on a trouvé des calcifications des artères des muscles de la peau. Le type de ces calcifications et leur grand nombre était inhabituel et ne ressemblait pas à ce que l'on voit habituellement chez les hypertendus et les auteurs pensent qu'il s'agissait de tophi calcifiés.

CONCLUSIONS

-:-

Deux phénomènes s'associent dans la constitution des complications des ulcères de jambe, d'une part les phénomènes infectieux, qui actuellement peuvent être jugulés facilement à condition d'utiliser l'antibiothérapie par voie générale, le traitement local ne pouvant agir que très peu et parfois même est irritant et aggrave les lésions cutanées.

D'autre part les phénomènes vasculaires où le traitement du terrain ne doit pas être oublié et où le traitement des thromboses est capital. La sclérose des varices joue un grand rôle dans la terminaison d'un ulcère.

Les complications de l'ulcère lorsqu'elles sont uniquement limitées à la peau et à l'hypoderme peuvent être guéries par une thérapeutique appropriée, mais lorsqu'il s'agit de lésions vasculaires, en particulier de capillarites, l'action thérapeutique est quasi nulle. Enfin, rappelons que l'ulcère invétéré peut entraîner des complications osseuses par propagation de l'infection. Ces complications sont parfois latentes mais elles peuvent entraîner de vives douleurs et des déformations articulaires définitives.

Toutes les complications que nous avons vues

font de l'ulcère une maladie particulière-
ment gênante au point de vue social qui
peut entraîner une impotence définitive et
qui peut parfois conduire à l'amputation.
Même une thérapeutique bien conduite de l'ul-
cère ne met pas à l'abri des complications
qui ne doivent jamais être perdues de vue.

-:-

Vu :	Vu :
Le Président :	Le Doyen :
Signé : M. FEVRE	Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l' Académie de Paris :
Signé : JEAN SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

BOULE

Périveinites nodulaires aiguës et
subaiguës. Hypodermites en cou-
lées angéiologie
Angéiologie 1. 1960

BRETON

Un cas d'ulcère de jambe cancé-
reux
Juillet 1958

DELANNOY, HURIEZ, LAGACHE, DESMONS,
Collaboration médico-chirurgicale
dans le traitement des troubles
trophiques des membres inférieurs
d'origine veineuse.
Journées internationales de phlé-
bologie Aix-en-Provence 1955

DECOUX

A propos d'un certain nombre d'ob-
servations de périphlébites gout-
teuses
1960

GERSON

Les hypodermites en angéiologie.
Angéiologie - juillet-août 1959

ERTIER, GAIN, LLEVINE

Serum uric acid in relation to
age and physic in health and in
coronary arteris diseases
Annales of internal medecine
1951

HURIEZ, LAGACHE

Les traitements actuels des ul-
cères de jambe
L'Echo médical du Nord 1955

HURIEZ, DESMONS

Lésions associées et complica-
tions des ulcères de jambe
Mai 1960

HURIEZ, DUMONT, CORDIER

Les lésions osseuses au cours
des ulcères de jambe
Paris Médical 30 octobre 1948

HURIEZ , DESMONS et THOREUX

Hypodermite en plaques et diffu-
se
Angéiologie Novembre 1953

KRIEG

Phlébite migrante.
Phlébologie juillet 1956

OLIVIER et ENGALBERT

Traitement chirurgical des ulcères
trophiques des membres inférieurs.
LXIème Congrès de Chirurgie
Octobre 1959

PUNT, HAWLEY, MAC GEG, COUTY,
Heart New-England Journal of
Medecine October 1960

SIGG
Le thrombose superficielle et
profonde. Prophylaxie et traite-
ment par la butazolidine
Phlébologie 1956

TOURAINÉ
Les capillarites :
Bulletin de la Société française
de dermatologie juillet 1937

TOURNET
Quelques cas d'ulcères malins
Phlébologie Juillet 1958

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

